



Formulario de evaluación de riesgo cardíaco pediátrico

Complete este formulario de forma periódica para cada persona menor de 50 años de edad, incluyendo a los niños, durante las visitas de niño sano incluso en la etapa neonatal, la preescolar, antes y durante la escuela intermedia, antes y durante la escuela secundaria, antes de la universidad y cada pocos años durante la edad adulta. Si responde "Sí" o "No está seguro" a cualquiera de las preguntas, lea el reverso de este formulario.

Nombre: _____ Edad: _____ Fecha: _____

Preguntas individuales del historial:	Sí	No	No está seguro
¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento esta persona DURANTE una emoción, un sobresalto o mientras hace ejercicios?			
¿Se ha desmayado o ha perdido el conocimiento esta persona DESPUÉS de hacer ejercicios?			
¿Ha tenido esta persona fatiga extrema relacionada con hacer ejercicios (diferente de otras personas de la misma edad)?			
¿Alguna vez esta persona ha tenido dificultad inusual o extrema para respirar mientras hace ejercicios?			
¿Alguna vez esta persona ha tenido molestias, dolor o presión en el pecho, hombro, espalda o mandíbula durante el ejercicio; o bien, se quejó de tener el corazón "acelerado o con latidos intermitentes"?			
¿Alguna vez un médico le dijo a esta persona que tiene: <input type="checkbox"/> presión arterial alta <input type="checkbox"/> colesterol alto <input type="checkbox"/> un soplo cardíaco o <input type="checkbox"/> una infección cardíaca? (Marque todo lo que corresponda)			
¿Alguna vez un médico ordenó una prueba para el corazón de esta persona? Si la respuesta es sí, ¿cuál prueba y cuándo?			
¿Alguna vez a esta persona se le diagnosticó un trastorno convulsivo inexplicable o asma inducida por hacer ejercicios? Si la respuesta es sí, ¿cuál y cuándo?			
¿Alguna vez a esta persona se le diagnosticó alguna forma de enfermedad cardiovascular/cardíaca? Si la respuesta es sí, ¿cuál fue el diagnóstico?			
¿Es esta una persona adoptada o se usó a un donante de óvulo o esperma para la concepción?			
Preguntas del historial familiar (piense en los abuelos, padre o madre, tías, tíos, primos y hermanos):			
¿Hay algún miembro de la familia que haya tenido una muerte súbita, inesperada e inexplicable antes de los 50 años de edad? (incluido el Síndrome de muerte súbita infantil (Sudden Infant Death Syndrome, SIDS), accidente automovilístico, ahogamiento, fallecimiento mientras dormía u otro)			
¿Hay algún miembro de la familia que haya muerto súbitamente debido a "problemas cardíacos" antes de los 50 años de edad?			
¿Hay algún miembro de la familia que haya tenido convulsiones o desmayos inexplicables?			
¿Hay algún miembro de la familia menor de 50 años de edad que esté discapacitado debido a "problemas cardíacos"?			
Indique si hay <u>algún</u> pariente con ciertos estados médicos, como:			
Marque las casillas que correspondan: <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía hipertrófica (Hypertrophic cardiomyopathy, HCM) <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía dilatada (Dilated cardiomyopathy, DCM) <input type="checkbox"/> Cardiomiopatía arritmogénica del ventrículo derecho (Arrhythmogenic right ventricular cardiomyopathy, ARVC) <input type="checkbox"/> Síndrome de QT largo (Long QT syndrome, LQTS) <input type="checkbox"/> Síndrome de QT corto <input type="checkbox"/> Síndrome de Brugada <input type="checkbox"/> Taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica <input type="checkbox"/> Ruptura aórtica o síndrome de Marfán <input type="checkbox"/> Síndrome de Ehlers-Danlos <input type="checkbox"/> Hipertensión pulmonar primaria <input type="checkbox"/> Sordera congénita (sordo de nacimiento)			
Enfermedad arterial coronaria aterosclerótica (ataque cardíaco, 50 años de edad o menos)			
<input type="checkbox"/> Marcapasos o <input type="checkbox"/> desfibrilador cardíaco implantable (de ser así, ¿quién y a qué edad se le implantó?)			
Otra forma de enfermedad cardiovascular/cardíaca o enfermedad mitocondrial			
¿Se ha hecho alguien en la familia una prueba genética para una enfermedad cardíaca? Si la respuesta es sí, ¿para qué enfermedad? _____			
¿Se encontró una mutación genética? Encierre uno en un círculo: SÍ/NO			
Explique más sobre alguna respuesta a la que respondió "sí" aquí:			

El examen físico hecho por un médico debe incluir:	Normal	Anormal
Evaluación para verificar si hay soplo cardíaco en posición boca arriba (supina) y en posición de pie y durante la maniobra de Valsalva		
Pulso femoral		
Presión arterial de la arteria braquial: tomada en ambos brazos		
Evaluación de los estigmas del síndrome de Marfán		

Las preguntas sombreadas en gris representan las preguntas que creemos que son de más importancia e interés y se debería considerar una remisión para una evaluación cardíaca.

Persona que completa el formulario: _____

Nombre en letra de molde

Actualizado 05.11.17



DECLARACIÓN DEL PROPÓSITO PARA EL USO DEL FORMULARIO DE EVALUACIÓN DE RIESGO CARDÍACO PEDIÁTRICO

El Formulario de Evaluación de riesgo cardiovascular se elaboró con el propósito de identificar a pacientes/familias en riesgo de un paro cardíaco súbito, debido a la presencia de un trastorno cardíaco subyacente. Este formulario se elaboró mediante la colaboración de varias organizaciones para identificar síntomas y señales de advertencia en el paciente y la familia y los posibles hallazgos físicos que pudieran alertar al proveedor de atención médica sobre la presencia de uno de estos trastornos cardíacos.

Este formulario es relativamente extenso y requiere que las familias que lo completen proporcionen información completa y correcta. Las preguntas sombreadas en gris representan las preguntas que creemos que son de más importancia e interés; las respuestas "sí" a estas preguntas deberían dar lugar a una remisión para una evaluación cardíaca completa.

A lo largo de los años también hemos observado que hay CUATRO PREGUNTAS CLAVE con mayores probabilidades de identificar a los pacientes afectados por trastornos cardíacos que los predisponen a un paro cardíaco súbito. Estas son:

- 1. ¿Alguna vez se desmayó, perdió el conocimiento o tuvo una convulsión repentinamente sin ningún aviso, especialmente durante el ejercicio o en respuesta a factores desencadenantes auditivos como timbres, relojes despertadores y el sonido de teléfonos?**
- 2. ¿Alguna vez ha tenido dolor, inducido por el ejercicio, en el pecho, hombro, mandíbula o espalda durante o inmediatamente después de hacer ejercicios?**
- 3. ¿Está usted emparentado con alguien que sufrió una muerte súbita, inesperada e inexplicable antes de los 50 años de edad?**
- 4. ¿Está usted emparentado con alguien a quien se le diagnosticó una muerte repentina que predisponen las enfermedades cardíacas como la cardiomiopatía hipertrófica, el síndrome de QT largo o la taquicardia ventricular polimórfica catecolaminérgica (Catecholaminergic polymorphic ventricular tachycardia, CPVT)?**

Usted también puede estar interesado en dos artículos recientes que brindan más detalles sobre el paro cardíaco súbito pediátrico, con un énfasis específico en la identificación de pacientes o miembros de la familia potencialmente afectados por estos trastornos cardíacos. Si quisiera una reimpresión de alguno de estos artículos, comuníquese con Richard Lamphier en richard.lamphier@choa.org. Estas publicaciones se indican abajo:

1. Campbell, RM., Berger, S., Ackerman, MJ. "Pediatric Sudden Cardiac Arrest" ("Paro cardíaco súbito pediátrico"). *Pediatrics (Pediatria)*, Vol. 129 N.º 4, 1 de abril de 2012. pág. e1094-e1102.
2. Dalal, A., Czosek, RJ., Kovach, J., von Alvensleben, JC., Valdes, S., Ethridge, SP., Ackerman, MJ., Auld, D., Huckaby, J., McCracken, C., Campbell, R. "Clinical Presentation of Pediatric Patients at Risk for Sudden Cardiac arrest" ("Presentación clínica de pacientes pediátricos en riesgo de un paro cardíaco súbito"). *J Pediatr*. Octubre 2016;177:191-6.

Este formulario incluye todas las preguntas de la prueba de detección que se sugieren en las Recomendaciones de la American Heart Association Recommendations for Preparticipation Screening for Cardiovascular Abnormalities in Competitive Athletes (Asociación Americana del Corazón para la prueba de detección de anomalías cardiovasculares en la preparticipación de atletas competitivos): *Circulation (Circulación)* 2007:115

Para obtener más información, visite choa.org/cardiology, envíe un correo electrónico a info@kidsheart.com o llame al 404-256-2593 (800-542-2233).

DÉ LA VUELTA AL FORMULARIO PARA COMPLETAR LA EVALUACIÓN